

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

N°

THÈSE 356

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

BABICKA Cécilia

*Née le 27 Janvier 1912, à Bialystok (Pologne)*

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES MYXOMES BÉNINS  
A PROPOS D'UN CAS  
DE FIBROCYTOME MYXOÏDE

---

*Président : M. Ch. LENORMANT, Professeur*

LIBRAIRIE M. L. LEBLANC

“ ÉTUDES & ÉDITIONS ”

17, rue Cujas

PARIS (5°)

—  
1941

1900

# THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

BABICKA Cécilia

*Née le 27 Janvier 1912, à Bialystok (Pologne)*

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES MYXOMES BÉNINS  
A PROPOS D'UN CAS  
DE FIBROCYTOME MYXOÏDE

---

*Président : M. Ch. LENORMANT, Professeur*

---

“ ÉTUDES & ÉDITIONS ”

17, rue Cujas  
PARIS (5°)

—  
1941

I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                     |                   |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Anatomie .....                                                      | ROUVIERE.         |
| Physiologie .....                                                   | Léon BINET.       |
| Physique médicale .....                                             | STROHL.           |
| Chimie médicale .....                                               | POLONOVSKI.       |
| Bactériologie .....                                                 | Robert DEBRE.     |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                  | BRUMPT.           |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                         | BAUDOUIN.         |
| Pathologie médicale .....                                           | PASTEUR-VALLERY   |
|                                                                     | RADOT.            |
| Pathologie chirurgicale .....                                       | MONDOR.           |
| Anatomie pathologique .....                                         | LEROUX.           |
| Histologie .....                                                    | CHAMPY.           |
| Pharmacologie et matière médicale .....                             | TIFFENEAU.        |
| Thérapeutique .....                                                 | AUBERTIN.         |
| Hygiène et médecine préventive .....                                | TANON.            |
| Médecine légale .....                                               | N...              |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                    | LEVY-VALENSI.     |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                          | Henri BENARD.     |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                      | CHIRAY.           |
|                                                                     | ABRAMI.           |
| Clinique médicale .....                                             | FIESSINGER.       |
|                                                                     | LOEPER.           |
|                                                                     | RATHERY.          |
|                                                                     | LEREBoullet.      |
|                                                                     | N...              |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                    | LAIGNEL-LAVASTINE |
| Clinique des maladies des enfants .....                             | GOUGEROT.         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..... | GUILLAIN.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ....                | LEMIERRE.         |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                      | N...              |
| Clinique des maladies infectieuses .....                            | GOSSET.           |
|                                                                     | GREGOIRE.         |
| Clinique chirurgicale .....                                         | LENORMANT.        |
|                                                                     | VELTER.           |
| Clinique ophtalmologique .....                                      | CHEVASSU.         |
| Clinique urologique .....                                           | COUVELAIRE.       |
|                                                                     | JEANNIN.          |
| Clinique d'accouchements .....                                      | LEVY-SOLAL.       |
|                                                                     | MOCQUOT.          |
| Clinique gynécologique .....                                        | OMBREDANNE.       |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....                 | HARVIER.          |
| Clinique thérapeutique médicale .....                               | LEMAITRE.         |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                             | N ...             |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                           | M. VILLARET.      |
| Clinique propédeutique .....                                        | TROISIER.         |
| Clinique de la tuberculose .....                                    | MATHIEU.          |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ....                 | LAUBRY.           |
| Clinique de cardiologie .....                                       | Clovis VINCENT.   |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                                   | N...              |
| Assistance médico-sociale .....                                     | HAZARD.           |
|                                                                     | MULON.            |
| Professeurs sans chaire .....                                       | OLIVIER.          |
|                                                                     | SANNIE.           |
|                                                                     | VERNE.            |

## II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ELINE ..... Pathologie chirurgicale.  
RIETY ..... Pathologie médicale.  
RNARD Etienne. Pathologie médicale.  
SANÇON (Justin). Hydrologie.  
NNET ..... Bactériologie.  
CHLANGER .. Chimie.  
ULIN ..... Pathologie médicale.  
OUET ..... Pathologie médicale.  
LLIARD .... Histologie.  
CHERA ..... Pathologie médicale.  
RDIER ..... Anatomie.  
STE ..... Pathologie médicale.  
DUVELAIRE (Roger). Urologie.  
ELARUE ..... Anatomie pathologique.  
ELAY ..... Pathologie médicale.  
EGREZ (H.) .. Physique.  
ESOILLE ..... Médecine légale.  
GONNET .... Obstétrique.  
GNOGON ..... Physique.  
VRE ..... Pathologie chirurgicale.  
NCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-  
cale.  
ALLIARD .... Parasitologie.  
ARCIN ..... Pathologie médicale.  
\* GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-  
thologique.  
E GENNES ... Pathologie chirurgicale.

MM.

GIROUD ..... Histologie.  
HAGUENAU ... Pathologie médicale.  
HALPHEN .... Oto-rhino-laryngologie.  
JOANNON ..... Hygiène.  
LACOMME ..... Obstétrique.  
LANTUEJOUL.. Obstétrique.  
LAVIER ..... Parasitologie.  
LELONG ..... Pathologie médicale.  
LEMAIRE ..... Pathologie expérimentale.  
LENEGRE ..... Pathologie médicale.  
M<sup>lle</sup> J. LEVY... Pharmacologie.  
MARCHAL ..... Pathologie médicale.  
MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.  
MOLLARET ... Pathologie médicale.  
MOUQUIN ..... Pathologie médicale.  
PATEL ..... Pathologie chirurgicale.  
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgi-  
cale.  
RENARD ..... Ophtalmologie.  
RICHET ..... Physiologie.  
SENEQUE ..... Pathologie chirurgicale.  
SICARD ..... Pathologie chirurgicale.  
SOULIE ..... Pathologie médicale.  
SUREAU ..... Obstétrique.  
TURPIN ..... Pathologie médicale.  
WILMOTH .... Pathologie chirurgicale

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GLAVE ..... Pathologie chirurgicale.  
SQUET ..... Pharmacologie.  
AILLEY-BERT Physiologie.  
ENIOT ..... Obstétrique.  
ITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.  
EDELIEVRE . Méd. lég.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.  
LE LORIER ... Obstétrique.  
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.  
LANTUESCAL. Obstétrique.  
HUGUENIN .... Anat. pathologique

108721

# IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

| MM.            |                      | MM.           |                          |
|----------------|----------------------|---------------|--------------------------|
| ALAJOUANINE .  | } Clinique médicale. | BASSET .....  | } Clinique chirurgicale. |
| BRULE .....    |                      | BROCQ .....   |                          |
| CATHALA .....  |                      | CADENAT ..... |                          |
| CHABROL .....  |                      | GATELLIER ... |                          |
| CHEVALLIER ..  |                      | de GAUDART    |                          |
| DONZELOT ....  |                      | d'ALLAINES..  |                          |
| DUVOIR .....   |                      | LEVEUF .....  |                          |
| GASTINEL ..... |                      | MOULONGUET..  |                          |
| LAROCHE (G.).. |                      | MOURE .....   |                          |
| LIAN .....     |                      | QUENU .....   |                          |
| MOREAU .....   |                      | FEY .....     |                          |
| SEZARY .....   |                      |               |                          |

| MM.           |                          |
|---------------|--------------------------|
| ECALLE .....  | } Clinique obstétricale. |
| METZGER ..... |                          |
| PORTES .....  |                          |
| VIGNES .....  |                          |

## V. — CHARGES DE COURS

MM.

|                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé .... | Education physique.  |
| LEDOUX-LEBARD .....        | Radiologie clinique. |
| RUPPE .....                | Stomatologie.        |
| WEIL-HALLE .....           | Puériculture.        |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

**A MES PARENTS**

**A MES FRERES**

***MEIS ET AMICIS***

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur LENORMANT

*Témoignage de notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.*

A NOTRE MAITRE

Professeur agrégé MOULONGUET

*A qui nous devons le sujet de cette thèse. Hommage de notre respectueuse reconnaissance pour le précieux enseignement et pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoigné.*

## INTRODUCTION

Le terme « myxome » a une définition très vague, prêtant à la confusion, car il s'applique d'une façon générale à des tumeurs formées par des cellules fusiformes ou étoilées baignant dans une substance muqueuse d'origine mal connue.

Or, ce tissu myxoïde s'observe très fréquemment comme un élément de tumeurs hétéromorphes : tumeurs des nerfs, tumeurs mixtes des glandes salivaires, tumeurs cartilagineuses. D'autre part, il constitue l'élément principal de certaines tumeurs des muscles et du tissu cellulaire lâche.

Ces myxomes des parties molles des membres sont les uns malins, les plus fréquents, les autres bénins.

Nous nous proposons d'étudier seulement ces dernières : tumeurs bénignes, développées dans les muscles ou dans le tissu cellulaire profond.

Ce petit groupe, quoique rare, est intéressant à cause de son caractère histologique et de sa bénignité.

Ces tumeurs connues dans la littérature scientifique sous le nom de myxomes purs ou fibromyxomes sont assez exceptionnelles et cliniquement difficiles à distinguer des néoplasies malignes. Mais au point de vue histologique, elles ont une structure bien définie qui

mérite qu'on les isole du groupe des myxomes et qu'on leur donne une nomenclature propre.

Ce travail nous a été inspiré par notre Maître le Professeur agrégé MOULONGUET qui a bien voulu nous donner tous les renseignements concernant ce sujet et des conseils précieux.

Nous avons eu l'occasion d'observer le cas que nous présentons dans son service. .

## HISTORIQUE

Jusqu'à vers le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, le myxome est confondu avec un certain nombre de néoplasmes décrits sous le nom de cancers ou tumeurs colloïdes, de Collonema (MÜLLER), de dégénérescences alvéolaires (CRUVEILHIER).

VIRCHOW, dans la *Pathologie des Tumeurs*, 1857, le premier, isole la tumeur muqueuse du groupe des néoplasmes colloïdes et lui donne le nom de myxome. Il le considère comme formation hyperplasique prenant son origine dans le tissu muqueux ou à son voisinage, il y voit des formations essentiellement bénignes.

RINDFLISCH admet la béginité des myxomes, tumeurs formées exclusivement par du tissu muqueux et très rares.

KÆSTER nie l'existence du tissu muqueux et celle du myxome.

En France, GOSSELIN, dans les *Cliniques chirurgicales de la Charité*, 1879, parle des myxomes des membres et les assimile à des sarcomes mous.

En 1881, CORNIL et RAUVIER, dans le *Manuel d'Histologie pathologique*, donnent la classification suivante des myxomes :

a) Myxomes purs.

b) Myxomes à fibres élastiques.

c) Myxomes lipomateux.

CHEVALIER, dans sa thèse : *Etude sur la myxome*, 1891, distingue les myxomes adultes ou fibro-myxomes, tumeurs bénignes des tumeurs embryonnaires ou myxosarcomes — néoplasies malignes.

Il vient ensuite une période où tous les travaux sont consacrés aux tumeurs myxomateuses malignes.

En 1926, LECÈNE fait un rapport à l'Académie de Chirurgie de Paris, dans lequel il souligne le caractère bénin de fibro-myxomes.

THIBEAUDEAU et KRESS, dans leur étude consacrée aux myxosarcomes consacrent un chapitre aux fibro-myxomes qu'ils déclarent des tumeurs bénignes.

Dans leur rapport sur les sarcomes des muscles et des coulées conjonctives pour le XLVII<sup>e</sup> Congrès français de Chirurgie en 1938, MOULONGUET et POLLOSSON consacrent un chapitre fort intéressant aux anciens myxomes bénins et, en se basant sur leurs observations et les examens histologiques, proposent une nouvelle nomenclature, celle du fibrocytome-myxoïde.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les myxomes bénins siègent au niveau du tissu cellulaire interstitiel, dans les cloisons cellulaires qui séparent les muscles ou en plein tissu musculaire.

Ce sont des tumeurs arrondies, sphériques ou multilobées, bien limitées par une mince capsule fibreuse, très résistante. L'énucléation est facile sans nécessité de faire l'hémostase.

A la coupe macroscopique, elles offrent un aspect gélatiniforme, tremblotant, de coloration variant depuis le rose pâle jusqu'à teinte bleuâtre.

Quand on racle la surface, on obtient une solution analogue à celle de la gomme arabique, soluble dans l'eau.

### *Etude microscopique.*

L'examen microscopique montre d'assez grandes cellules étoilées, dont les prolongements s'anastomosent en formant une sorte de réseau très lâche de très fines fibrilles qui baignent dans un liquide transparent rappelant le liquide d'œdème. Ce liquide paraît homogène à l'état frais, mais une fois fixé il accuse de très fines granules et des précipitations fibrillaires. La réaction au muci-carmin est positive. Le muci-car-

men colore fortement les fibrilles collagènes des ramifications cellulaires, les espaces intercellulaires apparaissent optiquement vides, ce qui indique sur la pauvreté relative en mucus.

Les cellules étoilées, après leur coloration, montrent un protoplasma orienté longitudinalement, très finement fibrillaire. Les noyaux présentent de très rares mitoses.

La vascularisation semble être assez abondante, bien qu'on ne rencontre pas beaucoup de vaisseaux de gros calibre. Elle est probablement assurée par de nombreux capillaires que l'on voit sur la coupe.

Vu la structure histologique caractéristique : cellules étoilées donnant naissance à un réseau fibrillaire, la pauvreté relative en mucus, il nous semble que le nom de fibrocytome myxoïde proposé par MM. MOULONGUET et POLLOSSON soit plus adéquat que le myxome bénin ou fibro-myxome.

Le terme « myxome » a été appliqué à trop de différentes variétés de tumeurs malignes et ne contribue qu'à la confusion perpétuelle.

Il doit donc être éliminé dans ce cas une fois pour toutes.

## LA PATHOGENIE

La pathogénie des fibrocytomes est encore très obscure. Une grande discussion se poursuit au sujet de la provenance du tissu muqueux.

Deux hypothèses principales sont envisagées :

1° La dégénérescence mucoïde d'une forme du tissu conjonctif ou métaplasie.

2° Développement de la néoplasie à partir des inclusions embryonnaires du tissu muqueux.

La théorie de la dégénérescence est soulevée d'abord par CRUVEILHIER qui parle de dégénérescences aréolaires : « La dégénération essentiellement constituée par la transformation d'un tissu normal en un tissu aréolaire à mailles fibreuses ou lamelleuses plus ou moins serrées. Trame fibreuse que remplit une matière semblable à la gelée transparente la plus pure, lorsque la trame aréolaire n'a subi aucun travail morbide consécutif. »

Le processus métaplasique a été suggéré par de nombreux auteurs. Les cas de myxomes purs chez l'adulte sont relativement très rares, d'autre part, le tissu myxomateux apparaît très souvent dans les tumeurs développées au dépens de tout tissu conjonctif. Si la théorie de métaplasie doit être acceptée, il faut

admettre que chaque type de tissu conjonctif différencié possède la faculté de produire le tissu muqueux.

La théorie du développement des myxomes à partir des inclusions embryonnaires est basée sur la ressemblance du tissu muqueux avec le tissu embryonnaire.

On sait que le tissu muqueux est caractéristique de tout organisme en voie de formation. Il se trouve abondamment répandu dans les tissus embryonnaires. Tout le tissu celluleux sous-cutané est ordinairement muqueux, de même le tissu conjonctif lâche.

Il est constitué primitivement par la substance conjonctive simple de KÖLLIKER : petites cellules rondes ou globuleuses baignant dans du mucus. Ces cellules s'étirent et s'aplatissent, envoient des prolongements qui s'anastomosent entre eux.

Chez le fœtus à terme, on trouve le tissu muqueux dans le cordon ombilical, où il entoure le paquet artério-veineux et est connu sous le nom de gélatine de Wharton.

D'après KÖLLIKER elle diffère du tissu embryonnaire par la présence de faisceaux de fibrilles, de calibre inégal, qui s'anastomosent en un réseau à mailles de grandeur variable dans lesquelles est emprisonnée une substance claire muqueuse et molle. Dans les parties plus consistantes du cordon, les faisceaux sont plus épais et plus forts, les mailles plus étroites et la substance interposée moins abondante.

LEMOINE, dans sa thèse (Aspect général du cordon

ombilical), insiste davantage sur le degré avancé du développement du tissu muqueux dans le cordon. Ce tissu lui apparaît complètement adulte. Il conclut : Le tissu du cordon formé de faisceaux et de réseaux de cellules fixes arrivées à leur état de complet développement n'apparaît pas comme similaire exact du tissu connectif foetal à la période muqueuse, mais bien comme tissu connectif modelé ayant déjà pris son type et secondairement envahi de place en place par la substance muqueuse élaborée en vertu d'une sorte de sécrétion. CHEVALLIER, après avoir examiné plusieurs préparations de tissu muqueux du cordon ombilical, arrive à des conclusions analogues : « Le tissu muqueux est le plus souvent état de transition entre le tissu embryonnaire et le tissu conjonctif adulte, mais les éléments connectifs qui le constituent peuvent acquérir tout leur développement sans que la substance muqueuse disparaisse et cesse d'infiltrer le tissu. »

En faveur de cette théorie parle l'existence de quelques rares cas de myxomes congénitaux de la cicatrice ombilicale, d'un cas de myxome pédiculé de l'ombilic (TIXIER, 1910) et de myxomes du cœur. La formation de ces derniers s'explique par la présence de tissu muqueux au niveau des valvules du cœur. Mais ces cas sont tellement rares qu'ils ne peuvent pas constituer des arguments solides sur lesquels on pourrait se baser.

Une troisième conception, bien que peu classique, semble être la plus probable. C'est la théorie de

l'agent traumatique qui apporterait certaines perturbations du métabolisme cellulaire.

Il est vrai que chaque individu subit durant sa vie de nombreux traumatismes, et, selon toute la probabilité, au moins 75 % d'humanité devraient être porteurs de néoplasies; mais il ne faut pas oublier que le terrain joue un rôle énorme.

Un grand pourcentage de malades de la série des 51 cas présentés par THIBAUDEAU et KRESS donnent l'histoire d'un traumatisme antérieur.

THIBAUDEAU et KRESS proposent deux théories assez logiques pour expliquer la production de mucus.

1° Blocage du drainage normal des vaisseaux lymphatiques et sanguins à la suite d'un traumatisme du voisinage, d'où retentissement sur la sécrétion cellulaire, qui sera modifiée dans le sens de la production de mucus.

2° Traumatisme direct porté à un groupe de cellules conjonctives, avec production immédiate de mucus.

Ce schéma est insuffisant pour expliquer l'apparition des cellules étoilées. On peut supposer l'existence d'un processus métaplasique qui va transformer les cellules conjonctives ou adipeuses en cellules étoilées.

La syphilis semble jouer un rôle important dans la pathogénie des myxomes.

Le malade dont je présente l'observation, et deux malades de Santy cités par MM. MOULONGUET et POLLOSSON dans leur rapport au XXII<sup>e</sup> Congrès de Chi-

rurgie, porteurs de fibrocytomes myxoïdes, sont des syphilitiques. Il est possible que la syphilis joue le rôle de modificateur du terrain en le rendant favorable aux néoformations.

*La bénignité des myxomes purs (fibrocytomes).*

A l'heure actuelle, presque tous les auteurs (excepté DIETRICH et USADEL en Allemagne) sont d'accord pour considérer les fibrocytomes myxoïdes comme des néoplasies essentiellement bénignes ne récidivant jamais. Ceci est confirmé par de nombreuses observations des suites postopératoires silencieuses des années après l'intervention.

Il est intéressant de citer les considérations anatomo-pathologiques à l'appui de ce caractère bénin.

THIBAUDEAU et KRESS comparent les néoplasies bénignes, qu'ils dénomment des fibromyxomes, avec les myxosarcomes. Dans les fibromyxomes, la zone périphérique d'accroissement est surtout muqueuse, tandis que la partie centrale tend à devenir plus celluleuse. Dans la plupart des tumeurs malignes, la zone de progression néoplasique est très riche en cellules, tandis que la région centrale présente un processus de dégénérescence cellulaire. D'autre part, les myxosarcomes sont généralement vascularisés d'une façon insuffisante pour assurer l'apport adéquat du sang dans toutes les parties de la tumeur, surtout pour la zone de progression. Dans les formations myxoïdes, au contraire, il y a apparition précoce de petits vais-

seaux et de capillaires en grande quantité; et, en raison de la pauvreté des éléments cellulaires, la vascularisation est bien assurée dans toutes les parties de la tumeur.

La nécrose des cellules et la dégénérescence myxomateuse apparaissent dans les myxosarcomes dans les zones périphériques, là où la vascularisation est insuffisante. Bien que les contours cellulaires y soient conservés, le tissu perd ses propriétés caractéristiques de colorabilité, et les rares vaisseaux et capillaires sont thrombosés. Cet aspect, bien que myxomateux, est nettement différent de celui du tissu d'un fibrocytome myxoïde.

De plus, les récidives ou métastases des myxosarcomes présentent de moins en moins de tissu myxomateux. EWING, dans les « Neoplastic diseases », dit que le mucus dans le fibromyxome est une partie intégrale du tissu vivant, mais il n'en donne pas de preuves.

En faveur de cette hypothèse est la constatation de MASSON, d'après qui le muci-carmin colore non seulement la substance intersticielle, mais encore les gouttelettes de mucus intracellulaire.

#### *Fréquence. — Etiologie.*

Les fibrocytomes myxoïdes sont des néoplasies très rares. A part des données statistiques de MOULONGUET et POLLOSSON, de THIBAudeau et KRESS et de USADEL, nous avons trouvé dans la littérature scientifique française, anglaise et allemande à peine 4 ou 5 cas cités.

L'étiologie est presque inconnue. Deux facteurs semblent être probables : traumatisme et spécificité, mais aucune preuve formelle n'existe.

Facteurs âge et sexe : il semble que les hommes soient plus prédisposés au développement des fibromyxomes, vu leur fréquence dans toutes les observations connues. Quant à l'âge, tous les cas se rencontrent chez les individus au-dessus de 40 ans.

## ETUDE CLINIQUE

Symptomatologie très réduite.

Début insidieux par apparition d'une petite masse sous-aponévrotique ou intramusculaire indolore, ne gênant pas les mouvements, et à laquelle on ne fait pas attention.

Evolution plutôt progressive, et le plus souvent sans douleurs.

Etat général : reste sans modifications. Quand le malade, alarmé par la persistance et l'accroissement de la tumeur, vient consulter, on trouve une tumeur arrondie ou ovalaire, plus ou moins profonde, lisse si la situation superficielle permet de le constater, de consistance assez molle, pouvant même donner la sensation de fluctuation; mobile dans tous les sens dans la position de relâchement musculaire, immobilisable par la contraction musculaire, si elle est intramusculaire.

Les téguments qui la recouvrent sont d'aspect normal; la peau est mobile et se laisse pincer. Pas de circulation modifiée, pas de ganglions.

L'évolution est bénigne. Après ablation large du muscle pris, les suites sont simples et il n'y a pas de récidence.

Le diagnostic est facile et difficile à la fois, car il est facile de confondre avec une tumeur conjonctive maligne au début de son évolution.

On peut faire un diagnostic de présomption chez un syphilitique et encore après un traitement d'épreuve. Il reste donc le diagnostic par élimination.

### *Diagnostic différentiel.*

Il faut éliminer :

1° Les lipomes profonds sous-aponévrotiques ou intramusculaires, qui présentent souvent une évolution très lente et progressive, et offrent des caractères des tumeurs mollasses, parfois pseudo-fluctuantes; mais leurs contours sont mal limités;

2° Les tumeurs malignes conjonctives et musculaires à leurs débuts. Le diagnostic est difficile. Il faut tenir compte de la date de leur apparition, de la rapidité d'accroissement. Le diagnostic sera tranché par l'examen histologique;

3° Les affections inflammatoires — a) surtout la syphilis musculaire sous forme de myosite ou gomme. Le traitement d'épreuve chez un syphilitique aidera à résoudre le problème;

b) La tuberculose musculaire — soit un abcès musculaire qui est facilement reconnu grâce à la ponction, soit un abcès ossifiant qui peut simuler la tumeur de la cuisse. La radiographie tranchera le diagnostic;

4° Les lésions parasitaires — les kystes hydatiques qui donnent une tumeur régulière, arrondie, à évolution très lente, et peuvent être facilement la cause d'erreur : mais la réaction de Weinberg et l'éosinophilie assurent le diagnostic.

### *Traitement.*

Bien qu'il soit admis généralement qu'une tumeur nettement bénigne ne subisse pas de transformation maligne, l'ablation systématique de toute tumeur bénigne semble être indiquée.

Comme méthode opératoire, MM. MOULONGUET et POLLOSSON conseillent la myectomie, qui réalise anatomiquement un type d'exérèse large très satisfaisant. Ils en ont relevé 8 cas. Les exérèses musculaires sont bénignes fonctionnellement. La suppression d'un muscle ou même d'un groupe musculaire n'entraîne pas de troubles fonctionnels graves.

Radiothérapie. — THIBAudeau et KRESS et USADEL signalent la radiosensibilité des myxomes purs; mais il nous semble que cette méthode n'a pas grand intérêt ou que, pour constater les caractères bénins du néoplasme, il faut intervenir, la biopsie étant dangereuse devant l'éventualité de tomber sur une formation maligne.

Les résultats sont très bons. Les malades opérés, revus après un délai de 1 à 8 ans, sont complètement guéris.

## OBSERVATIONS

### OBSERVATION PERSONNELLE

Le malade B..., âgé de 54 ans, vient consulter à l'hôpital Lariboisière pour une tumeur de la cuisse droite, en mars 1941.

Le début remonte à janvier-février 1938, par une démangeaison de la peau au tiers supérieur de la région externe de la cuisse. Démangeaison légère mais persistante, comme à la suite d'une morsure d'insecte.

Peu de temps après, apparition d'une petite grosseur du volume d'une noisette, tout à fait indolore, roulant sous la peau. Elle ne gêne pas la marche. D'abord, augmentation progressive et très lente. Au bout d'un an, elle atteint le volume d'un œuf. A partir de cette époque, elle commence à grossir rapidement tout en conservant ses caractères d'indolence et de mobilité. Le malade inquiet vient consulter.

A l'examen : tumeur musculaire du volume d'un pamplemousse, siégeant dans le tiers supérieur de la région externe de la cuisse droite.

Fait corps avec la masse musculaire, très mobile, non adhérente à la peau.

De consistance molle, elle durcit pendant la contraction musculaire: à l'extension et à l'abduction de la cuisse.

Indolence complète. Pas de gêne à la marche. La peau de la cuisse paraît tout à fait normale; pas d'atrophie musculaire. L'état général est excellent.

Antécédents :

En 1904-05, hémoptysie traitée, qui n'a pas laissé de troubles pulmonaires fonctionnels; mais le malade a été réformé à la guerre de 1914.

En 1911, syphilis, traitée dès le début. Pas d'accidents secondaires. Traitement interrompu par la guerre de 1914.

En 1920, troubles digestifs, ictère, gros foie, attribués à la syphilis et traités avec succès.

1930, zona abdominal.

Depuis 1933, l'examen du sang est négatif; le malade fait périodiquement des cures d'entretien.

Etant donné la spécificité, le malade est mis au traitement d'épreuve pendant un mois, qui ne donne aucun changement au niveau de la tumeur.

Le 4 mai 1940, le malade est opéré. (MOULONGUET).

Myectomie large, comportant la moitié supérieure du droit antérieur et le tenseur du fascia lata s'étendant un peu sur les fessiers. Pas de tentative de réparation. Suture. Drainage à travers une perforation cutanée faite à l'endroit de la peau adhérente.

La dissection de la pièce paraît montrer que la tumeur, bien encapsulée, n'est pas développée dans le

corps musculaire, mais dans l'interstice entre le droit antérieur et le tenseur du fascia lata.

A la section de la pièce, aspect caractéristique gélatiniforme, de couleur rose pâle.

Examen microscopique : coloration à hématoxyline ferrique. Rares cellules fusiformes, ramifiées, à prolongements très fins, s'anastomosant en un réseau de fibrilles délimitant des espaces vides. Assez nombreux capillaires; en un endroit, on aperçoit la section de trois vaisseaux.

Diagnostic : fibrocytome myxoïde.

Le malade quitte l'hôpital à la fin de mai. Actuellement, il est bien portant et ne présente aucun signe de récidence.

*Trois observations empruntées au rapport à l'Académie de Chirurgie de Paris, par LECÈNE, en 1926.*

#### I. — FIBROMYXOME DU MUSCLE EXTENSEUR COMMUN DES ORTEILS.

B... Gabriel, ouvrier à l'Arsenal maritime, âgé de 45 ans, entre le 24 août 1925 à la Clinique Chirurgicale pour une tumeur de la jambe droite. Celle-ci, apparue il y a 3 mois environ, a évolué avec réaction générale, très lentement d'abord, puis brusquement ensuite, pour atteindre en quelques semaines des dimensions telles que le malade, inquiet par le volume

de la tumeur, se décide à consulter un médecin qui l'hospitalise aussitôt.

Comme troubles objectifs, le malade accuse une sensation particulière de fatigue du membre inférieur droit, et des douleurs à type névralgique, intermittentes, localisées à toute la région antérieure de la jambe gauche, avec irradiations surtout marquées au niveau du gros orteil; syndrome de légère irritation du sciatique poplité externe.

Objectivement, la tumeur occupe toute la hauteur et une grande partie du diamètre transversal de la loge antéro-externe de la jambe droite. Elle soulève sans leur adhérer les téguments qui ont gardé leur souplesse, leur mobilité et leur coloration normales.

Pas de troubles trophiques ni vaso-moteurs.

Profondément, la tumeur présente par contre des rapports étroits avec les muscles extenseurs; elle est fixée par leur contraction. Molle, dépressible, fluctuante dans le relâchement musculaire, elle est dure, tendue, élastique quand le pied est mis en extension.

Elle n'est pas pulsatile. En haut, cette tumeur se dirige vers la dépression antipéronière; en bas, elle n'atteint pas l'interligne articulaire tibio-tarsienne.

Le genou droit n'est ni douloureux, ni augmenté de volume. L'exploration du squelette ne révèle aucun point douloureux tibial ou péronéen permettant de soupçonner un foyer d'ostéite. Pas d'adénopathie inguinale.

Rien à retenir dans les antécédents. Pas de mala-

dies infectieuses anciennes ou récentes; pas de fièvre typhoïde en particulier. Pas de syphilis (la réaction de Wassermann est négative dans le sang). Pas de foyer de tuberculose. La formule leucocytaire normale fait éliminer les tumeurs kystiques parasitaires.

Numération globulaire :

Globules rouges : 4.600.000;

Globules blancs : 7.000;

Polyneutrophiles : 67 %;

Eosinophiles : 0;

Lymphocytes : 19 %;

Mononucléaires : 14 %.

Pas de traumatisme récent. Cet ouvrier aurait reçu, il y a vingt ans, un choc assez violent sur la crête tibiale, qui présente à la radiographie une zone épaissie au point traumatisé. Il n'y a cliniquement aucune relation entre notre tumeur et ce traumatisme ancien.

Nous pensons à une tumeur kystique dont la nature exacte reste à préciser, mais qui nous semble siéger dans la couche musculaire.

Une ponction exploratrice, effectuée le 26 août, donne un liquide épais, visqueux, couleur jaune foncé, aspect gelée de pomme. L'examen cyto-bactériologique de ce liquide décèle de très rares éléments blancs de cristaux d'acide urique; aucun germe à l'examen direct (Docteur SEGUY).

En résumé : il s'agit d'une tumeur de la loge antéro-externe de la jambe, à contenu colloïdal, paraissant circonscrite et probablement intramusculaire.

Intervention le 31 août 1925 sous rachianesthésie.

Incision de 30 cm. descendant verticalement au-devant de la tumeur et légèrement arquée en dedans.

Incision de l'aponévrose jambière en dedans de la cloison intermusculaire externe. Sa face profonde adhère lâchement à la tumeur sous-jacente et se libère facilement. La tumeur apparaît sous l'aspect d'un énorme ovoïde développé aux dépens et dans l'épaisseur du muscle extenseur commun des orteils. Le muscle n'est plus représenté que par quelques fibres clairsemées qui entourent la paroi propre de la tumeur, paroi propre, blanchâtre et d'aspect conjonctif.

L'extrémité supérieure se continue par un pédicule blanchâtre, étalé, dur sous le bistouri et qui semble fixé à la tubérosité externe du tibia, au point d'insertion du muscle. Profondément, la tumeur adhère lâchement à la membrane interosseuse. La libération de la tumeur d'avec le jambier, de la membrane interosseuse et la cloison intermusculaire est facile. L'extrémité supérieure dissociée s'implante sur la tubérosité tibiale en-dedans et près de l'articulation péronéo-tibiale, mais ne communique pas avec elle. Le pédicule sectionné ne présente aucune lumière.

Après l'extirpation de la tumeur, la loge musculaire présente une cavité correspondant à la place occupée normalement par l'extenseur commun des orteils.

Rapprochement des berges de cette loge. Hémostase. Suture aponévrotique. Suture cutanée. Pas de drainage.

Suites opératoires normales. Les fils sont enlevés

le 8<sup>e</sup> jour. Le malade se lève le 15<sup>e</sup> jour et quitte l'hôpital le 30 septembre.

Revu en mars 1926, six mois après l'intervention, il ne présente aucun signe de récurrence *in situ*, ni gêne fonctionnelle appréciable du pied.

Une étude anatomo-pathologique très complète a été faite, qui a permis à notre camarade le Docteur SEGUY de suivre avec assez de précision l'évolution de cette tumeur, et de reconnaître sur un fond de matière amorphe l'aspect gélatiniforme des cellules connectives, remarquables par leur volume, leur forme ramifiée et leurs filaments largement anastomotiques; constatations qui lui ont permis de porter le diagnostic de fibromyxome.

Examen histologique (Docteur SEGUY). La pièce envoyée au laboratoire était un muscle fusiforme, d'aspect lamé, long d'environ 12 cm., et d'une circonférence médiane de 10 cm. La coupe pratiquée au milieu du fuseau montrait une mince coque musculaire recouverte intérieurement par une membrane blanc nacré, limitant une vaste cavité divisée en géodes, le tout rempli d'une substance semi-fluide, tremblotante, aspect gelée de pommes.

Coloré à la thionine de Hoyer : métachromasie rouge intense; ce produit peut donc être considéré comme étant du mucus. La recherche attentive des crochets d'échionocoques a été négative.

De loin en loin sont effectuées quelques coupes perpendiculaires au grand axe du fuseau : toujours le même aspect, sauf vers les extrémités, où la cavité

centrale faisait défaut. C'est juste à cette limite supérieure que nous avons prélevé les fragments de nos coupes, pensant saisir en ce point le début du processus dégénératif.

Fixation au liquide de Bouin. Inclusion à la paraffine.

Coloration topographique générale hémateïne-éosine.

1° Au faible grossissement, on distingue nettement trois zones dans la préparation :

a) Une périphérique, constituée par du tissu musculaire strié, d'aspect sensiblement normal quant à la disposition des faisceaux, leurs rapports, leur coloration.

Cependant, quelques faisceaux paraissent par places un peu volumineux, et les noyaux du sarcolemme nombreux;

b) Une zone moyenne, caractérisée par l'aspect dissocié du muscle. Un réseau cellulo-adipeux développé pénètre contre les faisceaux, les isole, les comprime et les désagrège.

Des modifications d'affinité colorante du muscle témoignent de sa dégénérescence plus ou moins avancée.

Les vaisseaux sont nombreux, congestionnés, à parois scléreuses et infiltrées d'un manchon à cellules migratrices.

En résumé, zone de myosite scléreuse;

c) La partie centrale est représentée par deux zones

circulaires assez régulières accolées comme deux canons de fusil, l'une à l'aspect fibreux, l'autre occupée par un fond amorphe mal coloré. Entourant cette zone, une barrière de tissu conjonctif devenu infiltré par un sémis bleuté d'où partent, se dirigeant vers le centre, les cellules étoilées.

2° A un grossissement plus puissant, la partie périphérique est bien représentée par du muscle strié sensiblement normal. Les vaisseaux inter- et intra-fasciculaires sont nombreux et très colorés. Il semble que le muscle réagit à cette inflammation œdémateuse, début du processus dégénératif.

La zone moyenne est constituée par la portion du muscle dissocié, dissociation poussée si loin par endroits qu'il s'agit d'une véritable individualisation de chaque champ de conheim. Ces fibres dissociées entrent en dégénérescence; on assiste à l'atrophie musculaire et à sa différenciation par métaplasie régressive du tissu moins hautement différencié, en la circonstance en tissu fibreux.

Le tissu cellulo-adipeux interfasciculaire fortement développé qui dissèque le muscle possède des vaisseaux congestionnés à parois épaisses, sclérosées.

Cette inflammation intersticielle disséquante semble être le second stade du processus dégénératif. Dans la partie centrale d'une des deux circonférences, est du tissu fibreux facilement décomposable en fibrilles, bien individualisées, rappelant du tissu œdémateux : c'est le fibrome mou. L'autre circonférence bien délimitée de la zone moyenne contient une masse

mal colorée, craquelée en stries parallèles. Elle est constitué par des éléments rouges à demi hémolysés, mais suffisamment reconnaissables.

En rapprochant les deux constatations : présence du mucus dans les grandes cavités centrales d'une part, et dégénérescence fibreuse du muscle, d'autre part, on peut porter le diagnostic de fibromyxome.

## II. — OBSERVATION.

DÉGÉNÉRESCENCE MYXOMATEUSE (?) DU MUSCLE QUADRICEPS CRURAL (DUE A L'OBLIGEANCE DE M. LE PROFESSEUR OUDARD).

Un de nos confrères civils, M. C..., 50 ans, a observé depuis quelques mois une tuméfaction de la face antéro-externe de la cuisse gauche, très légère, même à l'occasion des mouvements de flexion et d'extension de la cuisse vers le bassin.

Examiné vers la fin d'avril 1926. Pas de déformation apparente de la cuisse, qui paraît peut-être un peu plus grosse que la cuisse droite.

A la palpation, tumeur ferme de forme allongée, profondément incluse dans la masse musculaire antéro-externe de la cuisse, paraissant avoir, par pincement en masse, trois travers de doigt d'épaisseur dans sa partie moyenne et 15 cm. de longueur. Mobile avec le plan musculaire, non adhérente au fémur, parfaitement indolente.

Ponction exploratrice négative. Cependant, dans la

lumière de l'aiguille, une substance épaisse, visqueuse, en si faible quantité que l'attention n'est pas particulièrement attirée vers ce fait, et qu'on conclut à une tumeur solide.

Intervention le 3 mai 1936. Anesthésie générale.

Incision longitudinale suivant l'axe de la tumeur sur la face externe de la tumeur, 20 cm. de longueur. La tumeur est incluse dans l'épaisseur du crural, elle est encapsulée, mais la capsule est en connexion assez intime avec les fibres du crural, qu'il faut sectionner aux ciseaux pour les dégager. Au cours de l'ablation, la capsule se décline dans la moitié inférieure et laisse écouler une substance visqueuse, épaisse, translucide.

On se rappelle alors avoir constaté la présence d'une faible quantité de cette substance dans l'aiguille exploratrice.

Sutures de la plaie en trois étages.

Un tumeur de 2 cm. de largeur, sur 2 d'épaisseur et 15 de longueur, présente un pôle supérieur de consistance ferme, de couleur blanche presque translucide analogue à une gélatine solidifiée. Les deux tiers inférieurs de la tumeur forment une poche interne blanche et recouverte d'une couche visqueuse à face externe irrégulière, sur laquelle s'implantent les fibres musculaires de couleur pâle.

Cicatrisation par première intention.

Dans le courant du mois de mai, 5 séances de radiothérapie profonde.

Examen histologique (Docteur SEGUY).

Coupe du muscle strié.

Les faisceaux sont disséqués, dissociés, atrophiés par un tissu conjonctif œdémateux d'aspect fibrillaire. La substance fondamentale est finement granuleuse par coagulation de l'albumine.

Des cellules étoilées étalent leurs propres prolongements sur cette trame fibrillaire. Les vaisseaux sont entourés d'une légère gangue lymphoïde.

Diagnostic de dégénérescence myxomateuse.

Grâce à l'obligeance du Professeur OUDARD, MOULONGUET et POLLOSSON ont pu suivre cette observation. Le malade est en parfaite santé après douze ans.

### III. — OBSERVATION.

#### FIBROMYXOME DU DELTOÏDE GAUCHE.

Laz... Louis, ouvrier auxiliaire de la pyrotechnie, entre le 3 mai 1922 à l'hôpital maritime de Sainte-Anne, dans le service de clinique chirurgicale, pour une volumineuse tumeur de la région deltoïdienne postérieure gauche datant de plusieurs années (huit ans environ).

A l'examen, tumeur de consistance dure, ne s'accompagnant d'aucun symptôme subjectif, ni fonctionnel. Téguments normaux et mobiles sur la tumeur, qui paraît développée dans l'épaisseur du muscle dont la contraction la fixe. On pense à un fibrome probable adhérent au muscle deltoïde.

Intervention le 3 mai 1926. Anesthésie locale.

Incision parallèle aux fibres postérieures du del-

toïde. Découverte de la tumeur encapsulée entre deux couches de fibres musculaires du deltoïde.

Tumeur ayant la forme et le volume d'un gros œuf de dinde.

Enucléation très facile. Hémostase. Sutures par étages. Cicatrisation *per primam*.

Examen histologique (Docteur SEGUY) : fibres collagènes dissociées par un exsudat œdémateux et réduites à de fins filaments donnant l'impression d'un fibrome œdémateux ou fibromyxome.

*Observation empruntée aux Annales d'Anatomie Pathologique, 1933.*

FIBROME MYXOMATEUX DU MUSCLE VASTE EXTERNE DU BRAS, par F. AMAN-JEAN et M. PERROT.

Le 12 décembre 1932, Mme C..., 63 ans, se présente à la consultation de notre maître, le Professeur Roussy, au Centre anticancéreux de la Banlieue parisienne.

Depuis le mois de mai de la même année, elle remarque l'apparition et le développement d'une tumeur siégeant à la partie supéro-externe du bras droit. Du volume d'une noisette au début, cette tumeur augmente progressivement, s'accompagnant de douleurs dans toute l'épaule droite, avec irradiations vers le creux sus-claviculaire et la région cervicale droite, en haut; vers le territoire de la face externe

du bras et de l'avant-bras, en bas. Certains mouvements, surtout de flexion, provoquent les paroxysmes douloureux au niveau même de l'implantation de la tumeur.

A l'examen, on constate, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen du bras droit, au-dessous du méplat que forme l'insertion du deltoïde, au niveau des insertions supéro-externes du triceps brachial, une tuméfaction qui déforme la région en soulevant à la fois muscle et peau. En effet, elle disparaît lors de la contracture des muscles du bras. Le membre étant au repos, la palpation révèle une tumeur ovoïde, lisse, dure, bien limitée, peu douloureuse, du volume d'un œuf de poule, non adhérente à la peau, incluse dans le muscle, car mobile uniquement lors du relâchement musculaire. On ne peut arriver à préciser si la tumeur est fluctuante, ce qui amène à une ponction exploratrice pour éliminer le diagnostic de collection kystique (synovite hygroma). La ponction est blanche. On pose donc le diagnostic de tumeur solide du muscle vaste externe.

On procède, le 20 décembre, à l'ablation chirurgicale sous anesthésie locale. Après l'incision de la peau et de l'aponévrose péribrachiale, on cherche un plan de clivage à travers les fibres verticales de l'insertion supérieure du muscle vaste externe. On découvre à la face profonde de celui-ci une tumeur lisse, rose nacré, de volume d'une noix, parfaitement encapsulée, appendue en haut à un tendon d'insertion duquel elle naît. De sa face interne, naissent les fibres mus-

culaires qui vont constituer, plus bas, un des chefs du vaste externe. L'ablation consiste en la section du tendon en haut et des fibres musculaires en bas. Fermeture en deux plans. Cicatrisation par la première intention.

La tumeur, de forme ovoïde, est bien encapsulée, avec une surface un peu bosselée. A la coupe, elle est cloisonnée par quelques minces tractus fibreux qui se détachent nettement, blanchâtres ou nacrés, sur le tissu propre de la tumeur. Celui-ci, très mou, formant presque une gelée, est translucide, donnant absolument l'impression d'une tumeur colloïde.

Sur les préparations histologiques, on retrouve ces divers éléments constitutifs : chaque tissu fibreux est assez mince et renferme de nombreuses fibres musculaires striées, normales ou en dégénérescence.

On retrouve d'ailleurs ces éléments dans les tractus qui parcourent et cloisonnent la tumeur. Le tissu propre de celle-ci se montre très peu dense. On y trouve quelques cellules qui sont, soit du type fibroblastique, soit étoilées. Elles sont d'ailleurs régulières, jamais atypiques, et leur activité mitotique est nulle.

La substance fondamentale, par contre, est très abondante. Elle présente une structure finement réticulée ou auréolaire, parfois simplement granitée. Son affinité tinctoriale est très faible pour les colorants acides. Il faut noter de plus une très discrète mucicarminophilie dont l'intensité, toujours faible, est d'ailleurs irrégulière.

Cette tumeur présente donc tous les caractères

d'une tumeur bénigne conjonctive et, en raison de sa structure particulière, nous croyons que le terme de fibromyxomateux paraît le plus justifié. Malgré l'incapsulation de la tumeur, sa tendance myxoïde incitait l'absence de myectomie à se méfier d'une récurrence possible.

Nous avons revu la malade un mois après, puis deux mois après l'intervention : état local parfait, disparition des douleurs.

Il nous a paru intéressant de signaler cette variété rare de tumeur musculaire.

*Observation empruntée au Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1936.*

MYXOME DE LA RÉGION PECTORO-AXILLAIRE, par M. Pavlos PETRIDIS, membre correspondant de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris.

Le 15 août 1935, je reçois dans mon cabinet de consultation la visite d'une femme relativement jeune, qui paraît avoir dépassé la trentaine, et qui demande mon avis sur une tumeur de son sein gauche, datant — à son dire — d'un mois à peine et pour laquelle elle a déjà consulté plusieurs médecins.

A l'inspection, je trouve une tumeur du volume d'une grande orange occupant le quadrant supéro-externe du sein gauche et empiétant sur les régions voisines de l'aisselle et de la paroi thoracique corres-

pondante. La peau qui la recouvre ne présente aucun signe d'inflammation. Le mamelon n'offre rien de particulier. A la palpation, je délimite une tumeur aussi volumineuse que l'inspection me la révélait, ronde, lisse et unie, de consistance pseudo-fluctuante, mobile, indépendante de la glande mammaire, indolore à la pression, et donnant l'impression de siéger en partie sur les muscles pectoraux.

La glande mammaire est normale sous tous les points de vue. On ne trouve de ganglions palpables ni à l'aisselle gauche, ni ailleurs nulle part. Je ne me avoïr vu jusqu'ici une tumeur pareille dans cette région.

Deux points se dégagent de notre examen : 1° il s'agit d'une tumeur non pas de la glande mammaire elle-même, mais de la région mammaire, ou plus exactement de la région pectoro-axillaire gauche; 2° il s'agit d'une tumeur bénigne, et probablement d'un lipome ou d'un kyste.

Après avoir terminé l'examen de la région malade, je procède à un examen somatique détaillé. Taille normale de jeune femme bien constituée, à embonpoint qui dépasse un peu la normale. Rien du côté des différents systèmes organiques. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Règles régulières de sept jours de durée, mais abondantes. A la face dorsale de l'avant-bras gauche, cicatrice étendue consécutive à une ancienne brûlure survenue à l'âge de 6 mois.

Quant à ses antécédents héréditaires et personnels, il n'y a rien à retenir.

Le lendemain, 18 août 1935, de son entrée (D. L., registre 319/1023, année 1935), nous procédons à l'opération sous anesthésie générale au chloroforme. Incision de 10 cm. de longueur, dans le prolongement de la ligne axillaire antérieure. Décollement facile de la tumeur en question, dont une partie est couverte par les muscles pectoraux, tandis que le reste est situé en dehors d'eux et empiète sur la région axillaire correspondante. Le pôle supérieur de la tumeur est en contact avec le paquet vasculo-nerveux axillaire. La connexion avec la glande mammaire paraît très lâche. Après son ablation, ligature de quelques vaisseaux et suture de la peau, après avoir placé une mèche de gaze pour éviter la collection d'un hématome.

A l'examen macroscopique, la tumeur se présente du volume d'une orange; elle pèse 230 grammes; elle est ronde, lisse, unie et nettement gélatineuse, de coloration rose pâle, ressemblant à l'aspect d'un muscle anémique. Sur coupes, le même aspect et la même consistance gélatineuse. Nulle part de signes d'inflammation ou de dégénérescence maligne, macroscopiquement du moins.

La nature exacte reste à vérifier histologiquement. Le Professeur ASKANAZY, de Genève, qui a eu l'amabilité de se charger de cet examen, m'a répondu qu'il s'agit d'un myome. Je l'en remercie vivement.

Voici son rapport :

« T. 1716/35 O. L. Pièce de la grandeur de  $9 \times 9 \times 4$  cm., entourée sur une de ses faces par un tissu con-

jonctif assez dense; la tumeur est de consistance gélatineuse, aspect légèrement orangé.

« A la coupe : le tissu ressemble à du lard et contient quelques traînées blanchâtres fines. L'aspect est uniforme dans toute son étendue, sauf en un point où l'on perçoit un très petit hématome.

« Au microscope : des cellules fusiformes séparées les unes des autres par une masse mucoïde, bleu pâle. De temps à autre, on remarque des cellules adipeuses typiques. Il y a une certaine tendance à la formation de lobules, séparés les uns des autres par un stroma conjonctif fortement vascularisé. Les vaisseaux présentent des parois minces. Par-ci, par-là, des hémorragies.

« Très peu de mitoses. Pas de cellules cartilagineuses.

« Diagnostic anatomique : myxome.

« *Signé* : Professeur ASKANAZY. »

Suites opératoires simples.

En résumé, une femme jeune présente au quadrant supéro-externe de la région mammaire gauche une tumeur qui, à première vue, aurait pu imposer pour une tumeur du sein, sans un examen clinique attentif qui a montré qu'il s'agit d'une tumeur, non pas de la glande mammaire, mais de la région mammaire gauche, empiétant sur la région axillaire voisine. L'opération a établi avec fermeté qu'en réalité il s'agit d'une tumeur gélatineuse de la région mammaire gauche, ayant probablement pour point de départ le tissu

conjonctif de la région anatomique en question. L'examen anatomo-pathologique microscopique est venu compléter les données cliniques et opératoires, et déterminer la nature exacte de la tumeur, qui, histologiquement, est reconnue comme appartenant à la classe des myxomes.

J'ai cru devoir vous communiquer cette observation parce qu'elle m'a paru intéressante, au double point de vue clinique et anatomo-pathologique. Au point de vue clinique, par les difficultés de diagnostic; et, au point de vue anatomo-pathologique, par sa rareté réelle.

*Observation extraite des Annales d'Anatomie Pathologique, 1937.*

MYXOME DE LA CUISSE, par MONDOR, COURVOISIER et GAUTHIERS-VILLARS. Communication à la Société d'Anatomie à Paris.

Nous croyons avoir observé un myxome pur du membre inférieur. Encore que certains le croient si exceptionnel qu'ils lui souhaitent une autre dénomination, nous maintenons ce terme en ce qui concerne l'observation suivante.

Le 1<sup>er</sup> mars 1937, M. B..., âgé de 34 ans, se fait hospitaliser pour une tumeur siégeant à la face postérieure de la cuisse droite.

Elle a débuté un an auparavant et s'est développée

progressivement. Elle siège à la face postérieure de la cuisse, juste au-dessous de la partie interne du pli fessier. Sous-aponévrotique, régulièrement arrondie, un peu étalée, rénitente, elle est irréductible; on ne lui sent aucun prolongement. Elle occasionne un peu de gêne à la marche, mais la palpation en est tout à fait indolore.

Par ailleurs, l'examen du malade se montre négatif; pas de collection perceptible dans les fosses iliaques, rien au toucher rectal.

L'examen clinique du squelette du membre inférieur, du rachis et du bassin ne montre aucune lésion; de même leur radiographie.

On se croit en présence du dilemme classique : lipome ou abcès froid, mais la ponction ne ramène aucun liquide. On se décide à intervenir.

Intervention (COURVOISIER) le 8 mars 1937.

Dès l'incision de la peau, fait saillie une masse rougeâtre, un peu gélatineuse, lobulée, dont on fait le tour avec le doigt et que l'on extériorise en totalité. La cavité restante ne présente pas de paroi propre, et l'aponévrose superficielle est intacte. Seul est dénudé le bord inférieur de la lèvre.

Points de capiton au catgut, suture cutanée aux crins avec Bourdonnet.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une formation conjonctive faite d'une substance interstielle abondante, partiellement carminophile, disposée en nappes étendues, sans aucune adjonction de tissu fibreux ni adipeux. Seules apparaissent par pla-

ces quelques cellules conjonctives rameuses à longs prolongements filamenteux et quelques capillaires.

Sur les bords de la masse excisée, la transition avec le tissu musculaire lisse était franche, et sur des fragments étendus, prélevés en divers points, il était impossible de découvrir de traces d'une prolifération tumorale maligne, ou d'une association de cette néoformation myxomateuse à une hyperplasie concomitante du tissu fibreux ou adipeux.

Nous citons deux observations de malades traités par SANTY, et une observation du Professeur LENORMANT, cités par MM. MOULONGUET et POLLOSSON dans « les Sarcomes des muscles et des coulées conjonctives des membres ».

Il nous était impossible d'avoir ces observations complètes.

#### OBSERVATION I. — OBSERVATION DU PROFESSEUR LENORMAND.

Femme T..., 65 ans. Tumeur musculaire de la cuisse au niveau du quadriceps. Dure, élastique par endroits. Deux masses, une comme un poing, l'autre comme un œuf de poule. Exérèse en octobre 1933.

Diagnostic histologique : fibrocytome myxoïde.

Morte gâteuse en 1938, sans récurrence locale ni métastase.

II. — M..., 55 ans. Tumeur musculaire de la cuisse au niveau du vaste externe. Tumeur volumineuse.

Antécédents : syphilis certaine.

Ablation en mars 1935. Diagnostic histologique : fibrocytome myxoïde. Revu en 1938, complètement guéri.

III. — Mme M..., 59 ans. Tumeur musculaire de la cuisse sous le muscle vaste interne.

Début en 1920. Volume d'une grosse orange encapsulée, multilobée.

Ablation en mars 1926. Aspect de kyste mucoïde de l'ovaire à contenu gelée de pommes.

Diagnostic histologique : fibrocytome myxoïde.

Revue en septembre 1934, guérie.

## CONCLUSIONS

1° Il existe dans le vaste groupe des tumeurs dites myxomes un type homogène, bien caractéristique de néoplasies bénignes.

2° Il y a intérêt à isoler ce type de myxome bénin et à lui donner un nom correspondant à ses caractères histologiques.

Le terme de fibrocytome myxoïde paraît convenir le mieux aux tumeurs que nous venons d'étudier.

Vu : *Le Doyen,*

BAUDOIN.

Vu : *Le Président de thèse,*

Ch. LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Doyen de la Faculté des Sciences,  
chargé des fonctions  
de Recteur de l'Académie de Paris,*

C. MAURIN.

## BIBLIOGRAPHIE

- AMAN (Jean) et PERROST (M.). — Fibrome myxomateux du muscle vaste externe du bras. (*Annales d'Anatomie pathol.*, 1933.)
- BÉRARD. — A propos d'une tumeur conjonctive de la cuisse traitée chirurgicalement par extirpation. (*Lyon Chirurgical*, 1930, p. 236.)
- BÉRARD. — Conjonctivomes. (*Société de Chirurgie de Lyon*, 9 juin 1938.)
- BÉRARD et GREYSSOL (Discussion : TIXIER). — Sur quelques observations de conjonctivomes. (*Société de Chirurgie de Lyon*, 7 juin 1928, in *Lyon Chirurgical*, 1928, p. 792.)
- BLUMENTHAL. — Traumatismes et tumeurs malignes. (*Medizinische Klinik*, 1928, p. 249.)
- BUXTON. — Tumors of the tendons and tendons sheaths. (*Brit. J. of Surgery*, 10, 1923.)
- CHEVALIER. — Etude sur le myxome. (*Thèse de Paris*, 1891.)
- CLERC (Louis). — Quelques considérations sur le myxôme lipomateux de la cuisse. (*Thèse de Lyon*, 1897.)
- COUREAUD, DALGER et SEGUY (Rapport Lecène). — Trois cas de tumeurs musculaires primitives. (*Mémoires*

- de Société Nationale de Chirurgie*, Paris, 52, 1926, p. 1202.)
- CRUVEILHIER. — *Traité d'anatomie pathologique générale*, 1864.
- CORNIL et RAUVIER. — *Manuel d'histologie pathologique*, I.
- EWING. — *Neoplastic diseases*. (Saunders, éditeur, 1928.)
- COLEY et HIGINBOTHAM. — Traumatisme comme facteur causal dans le développement des tumeurs. (*Annales of Surgery*, 1933, p. 991.)
- GESCHICKTER et LEWIS. — Tumeurs du tissu conjonctif. (*Amer. Journal of Cancer*, 25, 1935, p. 630).
- GESCHICKTER. — Lipoid tumors. (*Am. J. Cancer*, 1934, p. 21, p. 617.)
- GRICOUROFF. — Le diagnostic histologique du lipome embryonnaire. (*Bull. Ass. fr. pour étude du cancer*, 27, 1938, p. 241.)
- GUILLEMIN. — Myxome de la cuisse. (*Revue médicale de Nancy*, 1936, p. 573.)
- HALKIN. — Tumeur conjonctive d'origine traumatique. (*Revue de Path. et de Physiologie du Travail*, 10, 1934, p. 411.)
- ISELIN. — Des relations entre le traumatisme et la formation des tumeurs. (*Schweiz. Med. Woch.*, 15-2-1930, p. 141.)
- JABOULAY. — Myxome de la cuisse. (*La Clinique*, 1908.)
- JACOB. — Contribution à l'étude des tumeurs conjonctives des parties molles de la cuisse. (*Thèse de Nancy*, 1937.)

- LEMOINE. — Aspect général du cordon ombilical. (*Thèse de Lyon*, 1884.)
- LENORMANT. — Sur les sarcomes des muscles. (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, avril 1938, p. 449.)
- LERICHE. — Sur la méthode opératoire qu'il convient d'appliquer aux tumeurs conjonctives des membres. (*Société de Chir. de Lyon*, 29 nov. 1928, in *Lyon Chirurgical*, janv.-février 1929, p. 136.)
- MASSON (P.). — Tumeurs. Diagnostics histologiques. (Maloine, édit., 1923.)
- MAXIMOW. — Textbook of histology.
- MERLAT. — De quelques tumeurs malignes des parties molles de la cuisse. De leur traitement conservateur. (*Thèse de Lyon*, 1908.)
- MONDOR, COURVOISIER et GAUTHIER-VILLARS (P.). — Myxome de la cuisse. (*Société Anat. de Paris*, 3 juin 1937, in *Annales d'Anat. Path.*, 14, 1937, p. 547.)
- MOULONGUET et POLLOSSON. — Sarcomes des muscles et des coulées conjonctives des membres, 1938. Rapport au XLVII<sup>e</sup> Congrès de Chirurgie à Paris.
- PETRIDIS ((Pavlos). — Myxome de la région pectoro-axillaire. (*Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Paris, novembre 1936, p. 638.)
- POLLOSSON (Eug.). — Contribution à l'étude des tumeurs des parties molles des membres. (Du conjonctivome dit de la gaine des vaisseaux en particulier.) (*Thèse de Lyon*, 1925.)
- POTHERAT. — Myxome du membre supérieur. (*Bull.*

- et *Mém. Société Nationale de Chirurgie*, Paris, 1903, p. 691.)
- THÉVELOT et PATEL. — Myxolipomes de la cuisse. (*Gazette des Hôpitaux*, 1901, p. 185.)
- THIBAudeau et KRESS. — Myxosarcomes. (*Amer. Journal of Cancer*, 23, 1935, p. 267.)
- TULLIAN. — Contribution à l'étude des tumeurs dites conjonctivomes. (*Thèse de Nancy*, 1936.)
- USAEL. — Zur Frage der Gut oder Bösartigkeit der Myxome. (*Arch. für Klin. Chirurgie*, 1937, p. 708, 712.)
- VILLARD et VOITURIER. — Volumineux myxo-lipome de la face interne de la cuisse. Extirpation. Guérison. (*Lyon Médical*, 1908, p. 775.)
- VIRCHOW. — Pathologie des tumeurs, t. I.
- VIRCHOW (R.). — Myxoma lipomatodes malignum. (*Virchow's Arth. für Pathol. Anat.*, 32, 1865, p. 545.)
- ZIEGLER. — Traité d'anatomie pathologique, I.

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                            |    |
|----------------------------|----|
| Introduction. ....         | 7  |
| Historique. ....           | 9  |
| Anatomie Pathologique .... | 11 |
| Pathogénie. ....           | 13 |
| Etudes Cliniques ....      | 20 |
| Observations. ....         | 23 |
| Conclusions. ....          | 46 |
| Bibliographie. ....        | 47 |

